N° 103.

12.

ESSAI

SUR

LA DYSENTERIE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 17 AOUT 1840;

PAR

EUGÈNE-CHARLES DE TRUBELLE,

de Tournon (LOT-ET-GARONNE);

Chirurgien Sous-Aide-Major à l'Hôtel Royal des Invalides, à Paris.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1840.

A MADAME

LA BARONNE DOUAIRIÈRE D'AUBIGNY.

Témoignage de l'affection la plus sincère et de la plus vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE MARQUIS

DE LUSIGNAN,

MEMBRE DE LA CHAMBRE DES PAIRS.

Hommage de respect.

E.-C. DE TRUBELLE.

Aux Mânes de ma Mère.

Regrets éternels !!!

A MON PÈRE,

DE TRUBELLE DE LAPEYSONNIE.

Faible témoignage de respect et d'amour filial.

A MES FRÈRES ET SŒURS.

Amitié.

A MA TANTE,

DE BAB, NÉE DESCHAMPS DE LAMOTHE DE MONTFORT.

A MA TANTE,

De BAB, née De RANSE.

Puisse ce faible hommage de mes premiers essais vous donner une preuve de ma reconnaissance et de ma tendresse !

E.-C. DE TRUBELLE.

DE LA

DYSENTERIE.

CONSIDÉRATIONS GENERALES.

La dysenterie, de δύς, qui marque la difficulté, et de ἔντερον intestin, a de tout temps, à cause de sa gravité et de sa fréquence, fixé l'attention des médecins qui, selon leurs idées et théories, lui ont assigné des noms et siéges différents : Hippocrate, Galien l'appellent ulcération des intestins; Celse la désigne sous le nom de *tormina ;* d'autres médecins *fluxus cruentum cum tenesmo, difficultas intestinorum.* Sydenham, un des premiers, avança que la dysenterie

pouvait exister sans ulcération, et lui donna le nom de *febris intestinorum.* Pinel a rangé cette maladie dans les phlegmasies de la muqueuse du gros intestin, et M. Rostan en a localisé encore davantage le siége en lui donnant le nom de colite, qu'il distingue en colite simple et colite spécifique, cette dernière étant celle que les auteurs désignent généralement sous le nom de dysenterie. Nous sommes loin d'accepter la dénomination de M. Rostan, puisque ce médecin se voit dans l'obligation d'ajouter « qu'il ne faut pas croire que la colite soit bornée au colon; elle envahit bien souvent les autres portions d'intestins; elle peut s'étendre jusqu'à l'estomac (1). » A quoi bon, dès lors, changer le nom de la maladie, si le mot qui en est l'expression, loin d'en donner une idée exacte, ne sert qu'à nous laisser dans le vague. Conservant donc le nom de dysenterie, nous dirons que c'est une maladie des intestins, caractérisée par un besoin presque continuel d'aller à la selle, accompagné de douleurs cuisantes et d'un sentiment de brûlure autour de l'anus. Les selles sont peu abondantes, liquides ou mêlées de sang; la fièvre qui survient est plus ou moins intense.

La même controverse qui a régné pour le nom à donner à la maladie qui nous occupe, a existé et existe encore au sujet de sa contagion : les deux

(1) Rostan, cours de méd. clinique.

partis, comptant chacun des hommes haut placés dans la science, ont présenté des faits pour et contre : examinons quelle en est leur valeur.

Pringle, Zimmermann, Cullen, Coste, Pinel, Desgenettes, Rostan et quelques autres, ont avancé que la dysenterie était contagieuse ; ils ont observé, disent-ils, que, dans les hôpitaux et les camps, des individus sains jusqu'alors avaient contracté la maladie pour s'être enveloppés du linge qui avait appartenu à un dysentérique, et s'être servis du même vase de nuit que lui. Il paraît, d'après ces praticiens, que la contagion est due principalement aux selles dysentériques ; ils pensent que les exhalaisons putrescibles qui s'en échappent produisent la dysenterie chez les personnes qui sont soumises à leur influence.

Sans vouloir contester de pareils faits, en les admettant même, on peut en citer qui, dans les mêmes circonstances, ont prouvé le contraire ; ce qui nous fait penser que ces faits, vrais en eux-mêmes, ont été mal expliqués, et que la contagion, dans ce cas, a été confondue avec l'infection. Personne ne révoque en doute, en effet, qu'une épidémie dysentérique existant, les individus qui s'exposent à des émanations putrides ne puissent être atteints plus facilement de la maladie régnante. Que sont donc les déjections dysentériques, sinon des matières dont la décomposition est rapide, surtout lorsqu'elles sont

amassées en grande quantité dans des espaces étroits, et pendant que règnent de fortes chaleurs : la reproduction de cette maladie serait due dès lors, non pas à la contagion, mais bien à l'infection produite par les matières; nous avons pourtant vu à l'hôpital St-Éloi, où elle règne en ce moment, que les seuls malades entrés pour cette maladie en sont atteints, et, jusqu'à présent, la dysenterie ne s'est développée chez aucun autre malade, quoique ceux qui sont placés près d'un dysentérique se servent presque continuellement des mêmes vases qu'eux : les latrines sont aussi les mêmes pour tous.

Ce serait à tort, il est vrai, que l'on prétendrait qu'une maladie n'est pas contagieuse parce que tous les individus qui s'exposent à la contracter n'en sont point atteints; mais il est permis de douter de la contagion de la dysenterie lorsqu'on voit un si grand nombre de faits dans lesquels cette maladie n'a pas été transmise, quoique toutes les circonstances aient été favorables. Frank (pag. 270) dit : on a trouvé plusieurs exemples de dysenterie qui ne s'est pas communiquée à ceux qui entourent les malades. Pendant dix ans que nous avons été chargé du grand hôpital de Vienne, plusieurs dysentériques ont été reçus dans cette maison, mais ils ne propageaient pas la maladie d'une manière contagieuse.

Nous nous rangeons du côté de M. Chomel, et terminerons en citant les paroles de Stoll : « Peu

» de médecins ont révoqué en doute la contagion de
» la dysenterie, et la plupart pensent qu'elle peut se
» communiquer de l'homme malade aux assistants.
» Je suis vraiment étonné comment nous tous, méde-
» cins, aides et garde-malades, n'avons point con-
» tracté la dysenterie pendant tant d'années. Or, tous
» les matins, nous examinons les déjections rendues
» par chacun de nos malades pendant la nuit, et
» nous ne pouvons éviter de respirer à pleines narines
» les émanations d'une puanteur insupportable qui
» s'en élèvent. Je sais bien que l'air que tous les
» hommes respirent peut être altéré par des déjections
» des dysentériques, et occasionner les maladies pu-
» trides appelées essentiellement maladies nosoco-
» miales ; mais que les exhalaisons des dysentériques
» produisent la même maladie chez d'autres hommes,
» c'est ce que je crois être contraire aux observations
» exactes. Je pense qu'il est important qu'on sache
» que la dysenterie n'est pas contagieuse. Combien
» n'est-il pas avantageux pour le médecin de dissiper
» cette crainte chez les autres hommes! »

DIVISION ET PATHOGÉNIE.

La dysenterie a été divisée en aiguë et chronique, simple et compliquée, inflammatoire, bilieuse ou muqueuse ; elle peut être endémique ou épidémique.

Les causes qui produisent la dysenterie sont nombreuses : les unes agissent sur le tube digestif d'une manière directe : ce sont les aliments de mauvaise nature, le pain mal cuit ou fait avec de la farine provenant de grains avariés ou mélangés à des substances de mauvaise nature, les pommes de terre altérées, les viandes déjà en putréfaction, les eaux bourbeuses et croupissantes, l'abus des vins généreux, des liqueurs spiritueuses, en un mot toutes les substances qui sont susceptibles d'irriter la muqueuse intestinale.

Les anciens considéraient les fruits comme cause de la dysenterie ; plusieurs modernes, et Tissot le premier, dit : qu'ils corrigent l'acrimonie de la bile et en fondent l'épaississement ; Zimmermann ajoute qu'il a particulièrement guéri la dysenterie avec les fruits. Les faits que nous allons citer prouvent le contraire : l'usage du raisin vert donna la dysenterie à l'armée prussienne qui était en Champagne en 1792 ; et l'abus que firent des oranges et citrons les soldats qui, en 1830, partaient pour l'Afrique, détermina parmi eux de graves dysenteries.

Les causes dont nous venons de parler agissent directement sur la muqueuse intestinale, soit en produisant des saburres, de l'irritation, ou de l'inflammation.

Les causes qui portent leur action sur l'économie en général, sont : les fatigues, le manque d'équi-

libre entre les pertes et la nutrition, les longues marches pendant les fortes chaleurs, la longueur des siéges, les affections tristes, la convalescence, le tempérament irritable, bilieux, lymphatique; les personnes sujettes aux affections rhumatismales, la suppression de la transpiration par l'humidité des habits, les refroidissements. Van-Swieten assure que la peste fait périr moins de sujets que les refroidissements après les grandes chaleurs. L'habitation des lieux bas et marécageux donne lieu à la dysenterie, et c'est ordinairemeet là qu'elle est endémique.

La dysenterie règne dans tous les climats; mais elle sévit plus souvent dans les pays chauds et humides, où les suppressions de transpiration sont plus communes.

La saison a aussi de l'influence sur le développement de cette maladie : à Montpellier, par exemple, la dysenterie règne généralement à la fin de l'été et pendant l'automne ; quoique la dysenterie ne se manifeste pas toujours à cette époque (puisqu'elle a régné épidémiquement en Suisse au mois de Janvier, et qu'on l'a aussi observée pendant les mois de Février et de Mars (1)), c'est généralement alors qu'elle se manifeste. Pringle dit à ce sujet : « vers le milieu d'Août, malgré la chaleur du jour, les nuits ne cessèrent pas de devenir fraîches, et il

(1) *Commer. litterar. Nortimbergense*, 1732, *p.* 46.

continua de tomber d'abondantes rosées. C'est à ces variations du temps qu'on doit attribuer l'origine de la dysenterie, puisqu'elle arrive communément lorsque la transpiration est arrêtée par le froid et les vapeurs humides. » Desgenettes, qui l'observa aussi pendant le mois d'Août, l'attribue à ces mêmes causes.

Si nous voulions examiner les saisons pendant lesquelles les dysenteries épidémiques ont existé, nous verrions qu'elles se sont le plus souvent manifestées à l'époque que nous avons indiquée (1); car, sur cinquante grandes épidémies en Europe, dont l'histoire est consignée dans l'ouvrage d'Ozanam, trente-six ont régné en été, douze en automne, une en hiver, et une au printemps. Sur 13,900 individus atteints de dysenterie au Bengale, de 1820 à 1825, le docteur Annesley a trouvé qu'il y en avait eu 2,400 pendant la saison froide, 4,500 pendant la saison chaude et sèche, et 7,000 pendant la saison chaude et humide. Linnée admettait enfin comme cause de la dysenterie un insecte semblable à l'*acarus scabiei*.

Toutes les causes que nous venons d'énumérer, ou quelques-unes d'entre elles réunies, produisent les variétés de dysenterie dont nous avons parlé.

(1) Andral, dict. de méd. et de chir. prat., tom. VII, pag. 405.

DIAGNOSTIC ET SYMPTOMATOLOGIE.

Nous dirons, en commençant, qu'il faut faire attention de ne pas confondre la dysenterie avec le choléra-morbus, le flux hémorrhoïdal et la diarrhée : ces maladies, du reste, offrent des phénomènes assez tranchés, pour qu'on ne les confonde pas ensemble.

Nous étudierons d'abord la dysenterie simple, aiguë, inflammatoire ; nous dirons ensuite quelques mots sur la dysenterie chronique, pour passer à l'étude de l'état bilieux et muqueux, terminant par quelques mots sur la dysenterie compliquée.

On a généralement distingué trois périodes, quoique, à proprement parler, la dysenterie ait le plus souvent une marche très-irrégulière : le malade ressent des frissons, la soif devient très-intense, la perte de l'appétit a lieu ; des douleurs vagues se font sentir dans l'abdomen ; flatuosités, tranchées ; elles sont accompagnées d'un sentiment de pesanteur ; il semble que les matières fécales se détachent du colon ; le besoin d'aller à la selle se fait sentir ; matières diarrhéiques et d'une couleur jaune verdâtre. Le sang apparaît le troisième ou le quatrième jour de la maladie ; les selles sont moins abondantes mais plus répétées : alors existe le ténesme.

D'autres fois le malade, après avoir ingéré une

certaine quantité d'aliments, éprouve des envies de vomir ; les douleurs épigastriques apparaissent; mais après un ou deux vomissements, la diarrhée s'établit, et la maladie prend les caractères qui lui sont propres.

Quatre ou cinq jours après l'invasion de la maladie, les symptômes augmentent d'intensité : la fièvre se développe, la soif est très-intense, la langue est rouge en partie ou uniformément, la peau sèche. Douleurs abdominales plus prononcées ; quelquefois elles ne sont plus bornées au trajet du colon. Le sang est rendu en plus grande quantité ; les matières sont peu abondantes et ressemblent à de la levure de viande ; les ténesmes plus fréquents et douloureux, les excrétions nulles ou presque nulles ; le malade rend une assez grande quantité de gaz d'une odeur fétide.

Si la maladie continue à faire des progrès, la face des malades présente de l'abattement ; elle est pâle, la peau beaucoup plus sensible à l'impression du froid extérieur ; son aspect est terreux ; le pouls petit et fréquent ; les malades sont beaucoup plus agités pendant la nuit ; la soif est vive, le hoquet se manifeste quelquefois : ils éprouvent un besoin continuel d'uriner ; le canal de l'urètre ou la vessie exhalent quelquefois du mucus ; le vagin, chez la femme, offre aussi des phénomènes analogues ; le rectum est très-douloureux, et on éprouve une sen-

sation comme s'il faisait saillie au dehors. Les matières excrétées sont rougeâtres, purulentes, ou toutes de sang ; leur fétidité est extrême ; les malades sont presque toujours sur le pot (nous en avons vu un qui y allait soixante fois en vingt-quatre heures (1)) ; ils sont tellement affaiblis qu'ils ne peuvent point se lever de leur lit.

On voit quelquefois la maladie présenter à son début les phénomènes que nous venons d'énumérer; le plus souvent c'est la dysenterie épidémique qui se termine assez fréquemment par la mort. Lorsque celle-ci n'arrive pas, la convalescence a lieu ; elle est longue, pénible. Les selles diminuent peu à peu jusqu'à ce qu'elles acquièrent leur consistance naturelle. Le moindre écart de régime peut alors faire passer la maladie à l'état chronique. La peau perd de sa sécheresse et rugosité, elle devient lisse et humide. Ce signe est un des plus caractéristiques, et, à lui seul, fait presque présager la convalescence. Il a été observé dès la plus haute antiquité, et le Père de la médecine dit : *ventris laxitas, cutis siccitas*.

DYSENTERIE CHRONIQUE.

Le passage de la dysenterie à l'état chronique est

(1) Ce malade est sorti guéri de l'hôpital.

dû le plus souvent à un écart de régime pendant la convalescence, à une épidémie, au séjour dans les hôpitaux, les camps, les casernes, en un mot dans les endroits où existe une grande réunion d'individus. L'ulcération du gros intestin peut aussi la produire ; il en est de même de leur atonie, et d'une espèce de paralysie de ces organes.

Cet état est caractérisé par une fièvre moins intense ; le pouls est faible, lent, intermittent, avec exacerbation le soir ; l'amaigrissement est progressif ; la peau est terreuse et jaunâtre ; la face pâle et œdématiée ; les lèvres sont décolorées ; le décubitus a lieu sur le côté, les articulations inférieures fléchies les unes sur les autres ; le malade ne se trouve bien qu'au lit ; sa tristesse est grande ; l'appétit existe quelquefois ; dans d'autres cas, il est nul. Le ventre est tendu, ballonné, et cependant peu douloureux ; les extrémités inférieures sont œdémateuses ; le flux dysentérique est devenu diarrhoïque : cet état dure des mois, des années même, et quelquefois le malade meurt de colliquation ou d'épuisement.

Une fréquente complication de la dysenterie, c'est la fièvre intermittente et parfois rémittente ; et quoique la maladie première ait cessé, elle se continue quelque temps encore ; mais elle cède bientôt à une thérapeutique appropriée.

La dysenterie chronique est souvent aussi accom-

pagnée d'anasarque, qui en est une des plus funestes complications.

DYSENTERIE BILIEUSE.

La dysenterie bilieuse est celle qui, à cause de sa fréquence, a été étudiée avec plus de soin par les anciens; c'est aussi celle qui se présente le plus souvent dans le midi de la France. Elle peut être franchement bilieuse ou compliquée d'inflammation; on l'observe communément au commencement de Juillet, Août, et, à mesure que l'on avance dans l'automne, ses caractères sont plus franchement bilieux : les tempéraments bilieux, colériques, irritables, fortement passionnés, ou adonnés aux liqueurs fortes, y sont spécialement sujets.

Cette espèce de dysenterie attaque quelquefois spontanément, sans aucun prélude; mais, d'autres fois, un frisson général suivi de chaleur est l'avant-coureur de cette maladie. Elle débute généralement par un grand abattement, une douleur sourde aux lombes et au dos; la bouche est amère; la langue, au lieu d'être rouge uniformément, est couverte d'un enduit blanc jaune; le pourtour des ailes du nez et des yeux a une teinte jaune; la bouche est amère, pâteuse; il existe de l'inappétence, de fréquentes envies de vomir; le malade rend par le vomisse-

ment des matières poracées ; la fièvre est sourde, le pouls très-faible ; l'abattement est extrême, la tête lourde, l'épigastre peu douloureux. Les selles sont jaunes, verdâtres, fétides ; leur excrétion est suivie d'ardeur à l'anus. Lorsqu'elle n'a point de complications, la dysenterie bilieuse se termine heureusement et promptement, pourvu toutefois qu'on la combatte par des moyens appropriés et dans le principe.

DYSENTERIE MUQUEUSE.

On peut comparer la dysenterie muqueuse à l'irritation catarrhale des muqueuses en général ; car, dans presque toutes ces irritations, il y a abondance de sécrétion de mucosités mêlées quelquefois de sang. Elle attaque de préférence les individus à tempérament lymphatique, pituiteux, comme disaient les anciens, ceux qui habitent les lieux bas et humides, qui ont de l'embonpoint.

Quoique la dysenterie muqueuse existe unie assez souvent à la bilieuse, nous allons tracer quelques caractères qui lui sont propres : pâleur du visage, décoloration des lèvres, langue blanche ; les selles, mêlées de sang et de petits corps blanchâtres, sont aqueuses et glaireuses ; des aphthes se développent dans l'intérieur de la bouche : sa marche est rapide et se termine d'une manière assez souvent funeste.

Outre les complications dont nous avons parlé, la maladie dont nous traitons peut se compliquer avec beaucoup d'autres états : le plus grave de tous est le typhoïde; cette complication se remarque dans les hôpitaux, les camps, les villes assiégées, surtout lorsque la dysenterie règne épidémiquement. La maladie est alors accompagnée, dès son début, d'un état de prostration extrême. La langue est sèche, fendillée; la peau est sèche et brûlante; le malade répond mal aux questions qu'on lui adresse; le délire s'empare de lui, et, dans ces sortes de dysenteries, il est rare que la mort ne survienne pas.

Les anciens avaient distingué la dysenterie d'après la couleur des excréments, et, parmi eux, quelques-uns lui refusaient ce nom, parce que les selles n'avaient ni la couleur rouge ni blanche.

PRONOSTIC.

Le pronostic dépendra du plus ou moins d'intensité que présentera la maladie : légère, il sera favorable ; intense, il sera fâcheux.

La dysenterie sporadique n'a généralement pas une terminaison funeste.

Les circonstances dans lesquelles se trouve le sujet, l'âge, le tempérament, la manière dont sera traité le malade, feront juger de sa terminaison. Lorsque

le sujet est robuste, jeune, vigoureux, les symptômes légers, si, peu de temps après l'invasion de la maladie, les épreintes se calment, si la fièvre et les complications n'existent pas, si les matières n'ont point une odeur fétide, si la peau devient humide, souple, de sèche et rugueuse qu'elle était, le pronostic est favorable. Mais lorsqu'elle sera épidémique, on ne pourra pas prédire une bonne issue; car tous les auteurs sont d'accord sur ce point : et alors, disent-ils, la dysenterie fait plus de ravages que le typhus, la fièvre jaune et la peste. Il en sera de même si la maladie se développe chez des vieillards, des enfants, des gens épuisés par de longues veilles ou des privations; si les accidents intenses ne s'amendent pas, si les selles se répètent, si elles sont aqueuses, sanguinolentes et fétides. On ne pourra pas porter un pronostic plus favorable si la décomposition des traits augmente ainsi que la perte des forces, si le malade rend les matières sans les sentir, et si les extrémités sont froides.

La terminaison par gangrène, qui peut arriver quelquefois, trompe les médecins, car à de fortes douleurs succède un état de bien-être dû à la cessation des selles et de tous les autres phénomènes; mais la petitesse du pouls et la décomposition de la face font reconnaître cet état à un médecin expérimenté. Un autre phénomène équivoque est dû aux selles tout-à-fait sanguinolentes; car si l'indi-

vidu est robuste, elles n'ont rien de fâcheux; tandis que, chez ceux qui sont faibles, elles ne présagent rien de bon : nous pouvons en dire autant de toute complication, et prédire, lorsqu'elles surviennent, que l'issue sera rarement avantageuse au malade.

TRAITEMENT.

C'est en ayant égard aux causes et phénomènes que présente la maladie, qu'il faut en diriger le traitement : aussi n'est-on pas étonné de voir, à différentes époques, la dysenterie traitée de diverses manières.

Dans les siècles passés, les médecins faisaient un grand usage des vomitifs et des purgatifs; la cause en était un rôle qu'ils faisaient jouer aux humeurs. Alors les deux moyens qu'ils employaient étaient, d'après eux, propres à évacuer les matières irritantes, putrides ou âcres qui se trouvaient ramassées dans les intestins qu'elles irritaient par leur présence.

L'école physiologique, rapportant toutes les maladies à l'inflammation, a abandonné cette méthode; mais elle l'a fait d'une manière exclusive, et nous verrons plus tard combien la combinaison de la méthode antiphlogistique et évacuante, même cette dernière seule, produisent des résultats heureux.

Rasori, chef de la doctrine du contro-stimulisme,

a eu l'idée d'employer les purgatifs dans les mêmes vues. Ce fut à l'emploi de la gomme-gutte qu'il s'arrêta, sans faire attention à ce qu'en disait Carminatti. « *Nunc satis erit ostendisse gummi-guttam ad ea remedia cathartica pertinere quœ perraro quam minimâ dosi, atque à prudentissimo tantum clinico danda sunt.* (1). » Ce ne fut pas d'après des idées préconçues que Rasori employa les purgatifs; car Sydenham dit avoir employé les purgatifs souvent répétés dans la dysenterie.

Zimmermann, Pringle, disent avoir guéri des dysenteries par les purgatifs. Le premier dit : « le sang des selles ne m'empêcha pas d'employer ces remèdes, parce que je m'aperçus, après les premières tentatives, que la matière acrimonieuse étant sortie des intestins, il ne paraissait plus de sang dans les selles. Il est présumable que Zimmermann a guéri par ces moyens des dysenteries bilioso-muqueuses.

Mais les méthodes antiphlogistique et évacuante ne sont pas les seules qui trouvent place dans le traitement qui nous occupe : l'opium l'y trouve aussi. Ce moyen, tour à tour préconisé et banni de la thérapeutique, donne de bons résultats lorsqu'on l'administre au commencement de la maladie ou à son déclin, lorsque les selles ne sont point sanguinolentes, ou lorsque l'étant elles sont accompagnées de

(1) *Materia medica, vol. III.*

douleurs très-fortes. Si le témoignage de M. Chomel ne suffisait pas pour prouver l'efficacité des préparations opiacées, nous pourrions citer Ramazzini, Wepfer et autres, qui en ont obtenu d'excellents résultats : si souvent le succès n'est pas venu répondre à l'attente, c'est qu'on a employé l'opium sans discernement. C'est surtout lorsque la dysenterie est récente et que la douleur prédomine sur les autres symptômes, que ce remède soulage presque toujours et guérit quelquefois.

Les préparations dont l'action est plus sûre, sont l'extrait gommeux et le laudanum : le dernier administré dans de la décoction blanche; le premier peut être administré dans tous les cas, de même que la décoction de têtes de pavot, car ils ont l'avantage de ne point contenir des principes irritants ou spiritueux.

On fait usage, dans la dysenterie, d'autres moyens, tels que les sangsues à l'anus ou sur l'abdomen, les bains généraux ou de siége qui produisent de très-bons résultats. La noix vomique, le nitrate de soude, l'acide nitreux uni à l'opium, l'acétate de plomb uni à la teinture thébaïque préconisée par Alison, les affusions d'eau fraîche enfin, ont été successivement employés, et ont, dans quelques cas, donné de bons résultats.

Dans le traitement de la dysenterie, comme dans celui de toutes les maladies, on doit avoir égard

au sexe, à l'âge et au tempérament du malade; il doit aussi toujours être en rapport avec la nature et l'intensité de la maladie.

Lorsque la dysenterie est simple, qu'il n'existe qu'une irritation du gros intestin, il suffit quelquefois d'une diète sévère et de l'éloignement des causes qui y ont donné lieu pour la voir disparaître. Mais il n'en est pas toujours ainsi; alors il faut recourir au traitement suivant. La première chose est, nous l'avons déjà dit, la diète; on prescrit ensuite des boissons rafraîchissantes, mucilagineuses, opiacées, telles que la tisane de riz gommée, de graine de lin, la décoction blanche avec addition de 30 gouttes de laudanum par pinte, etc. On a souvent obtenu de bons résultats des lavements mucilagineux préparés avec la graine de lin ou l'amidon, avec une décoction de tête de pavot. Leur action est émolliente, calmante, et facilite la sortie des matières qui se trouvent amassées dans les intestins. Les fomentations, cataplasmes émollients et narcotiques, les bains de siége, ont aussi de bons effets. Les ouvrages qui traitent de la dysenterie placent ce dernier moyen en première ligne, s'appuyant sur ce que des individus tourmentés depuis quelque temps avaient été, sinon guéris, du moins soulagés par l'usage seul des bains. Si l'on supposait que la dysenterie fût due à une suppression de transpiration, on pourrait prescrire

des infusions sudorifiques : thé, tilleul, coquelicot, etc.

Rarement, si la fièvre n'est pas forte, on a recours aux saignées : cependant, s'il existait un peu de douleur abdominale, une application de sangsues serait utile. Les moyens que nous venons d'indiquer guérissent généralement la maladie à cette période, mais il n'en est pas toujours ainsi.

La dysenterie, dès son début, se présente très-souvent avec le cortége des maladies inflammatoires très-prononcées : la langue est rouge et sèche, la face injectée ; c'est alors qu'on doit lui appliquer le traitement général des phlegmasies ; on doit, dès le principe, employer la saignée locale et générale, si le cas l'exige, et si le malade est d'une constitution forte et pléthorique. Quand l'inflammation est franche, les antiphlogistiques, joints aux moyens déjà indiqués, ramènent les malades à la santé.

La dysenterie n'est pas toujours inflammatoire ; elle se présente quelquefois en automne avec le caractère bilieux et plus souvent bilieux-inflammatoire. C'est alors que le traitement préconisé par les anciens produit des résultats étonnants. Pringle dit que les vomitifs font le point essentiel de la cure, et que, dans la dysenterie simple, on ne doit point employer les purgatifs. On n'est pas bien d'accord pour l'administration du vomitif : les uns emploient le tartre stibié, tandis que les autres donnent la pré-

férence à l'ipécacuanha comme possédant une vertu spécifique : sans prendre parti ni pour les uns ni pour les autres, je dirai que M. le professeur Caizergues suit cette méthode et emploie l'ipécacuanha (1 gramme à prendre en quatre fois à deux heures d'intervalle) ; les vomissements ont lieu, et produisent ordinairement un soulagement prompt (1). Mais ce n'est pas là le seul effet du médicament, car il détermine aussi une perturbation capable de produire un effet avantageux à la guérison. Lorsque la langue est sale, quelques praticiens prescrivent l'infusion d'ipécacuanha à doses fractionnées ; il est alors légèrement tonique et porte à la peau. D'autres veulent que l'on administre un purgatif salin pour évacuer les matières qui se trouvent ramassées dans le gros intestin. Si l'état inflammatoire est très-apparent, on doit pratiquer d'abord une saignée en rapport avec la force du sujet, et faire prendre l'ipécacuanha dans la même journée.

L'état typhoïde peut se présenter réuni à la dysenterie : le malade est assoupi ; sa peau est brûlante et aride ; ses idées ne sont pas très-nettes : alors

(1) L'on a vu, dit M. Caizergues (extrait du journal de méd. et chir. prat., tom. I, pag. 149), des évacuations abondantes et répétées de matières jaunes et amères, provoquées par ce remède, arrêter le mal dès son début, ou du moins amener une amélioration remarquable.

la maladie est souvent mortelle. Les saignées, les purgatifs et les vomitifs sont contre-indiqués. Les toniques seuls et les antispasmodiques paraissent, dans ces cas, produire quelque effet avantageux : le quinquina, par exemple, uni au camphre, des lavements aromatiques, et extérieurement l'application d'un vésicatoire sur l'abdomen lorsque les autres moyens n'ont produit aucun effet.

Le traitement de la dysenterie muqueuse consiste dans l'emploi des toniques et des diaphorétiques, à la tête desquels nous placerons la poudre de Dower.

Quels sont maintenant les moyens à employer pour obtenir la guérison de la dysenterie chronique ? Lorsque, malgré tous les moyens plus haut indiqués, on n'a pu complètement arrêter la maladie ; quoique Rivière rapporte et approuve ces paroles de Valescus : « *Valde senex, inquit, Valescus, dysenteria à tribus jam mensibus misere torquebatur ; vocatus in consilium, reluctantibus omnibus aliis medicis, jussi venam aperire; mox convaluit.* » Nous pensons qu'il vaut mieux employer les toniques unis aux mucilagineux ; la décoction blanche, le cachou, le ratanhia, le quinquina uni au diascordium. Le régime sera moins sévère que dans la dysenterie aiguë : les malades prendront des bouillons faits avec la viande de jeunes animaux ; on leur permettra un peu de gelée de coing, de groseille, des œufs frais, des fécules ; l'eau rougie pour boisson, un peu de

vin de Bordeaux pur à leur repas. Ils porteront la flanelle sur la peau, éviteront les lieux bas et humides, feront de petites promenades à l'air libre, à cheval ou à pied, selon l'état de leurs forces. Si néanmoins la diarrhée persistait, elle serait due à l'inertie des intestins; on devrait donner au malade des lavements faits avec le quinquina et le diascordium; et si leur effet était nul, on pourrait changer la vitalité de ces organes par un lavement avec le nitrate d'argent et l'eau distillée.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

Écarter tout ce qui peut engendrer la dysenterie, telle est la base de ce traitement : pour y parvenir, on doit éviter de se refroidir lorsque le corps est en sueur, ne point changer de climat pendant la canicule : il faudra aussi éviter de boire de l'eau pure, mais l'excès contraire est tout aussi nuisible; nous voulons parler de l'abus des boissons spiritueuses; la nourriture sera saine et légère. Si on habite des lieux bas et marécageux, on se couvrira de flanelle : les excès de tout genre doivent être proscrits, les veilles prolongées, le coït trop souvent répété. Malgré tous les conseils que l'on puisse donner pour se préserver de la dysenterie, la maladie se joue de toutes les combinaisons, surtout lorsqu'elle est épidémique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'autopsie cadavérique a, plus que toute autre chose, prouvé le caractère inflammatoire de la dysenterie : en effet, on a trouvé des traces bien évidentes d'inflammation du tube intestinal, surtout du gros intestin. Lorsque la maladie a peu duré, le rectum et le colon présentent sur divers points de leur étendue des taches rouges sous forme de plaques ; elles sont recouvertes d'une matière semblable à celle qu'excrétait l'individu pendant la vie. La muqueuse est épaissie, gonflée. Il existe, outre les altérations déjà énoncées, la maladie ayant duré quelque temps, des ulcérations du gros intestin. On remarque en certains endroits la simple tuméfaction des follicules; dans d'autres, leur sommet présente un point ulcéré, et assez souvent, au lieu de boursouflement, des ulcérations qui laissent à nu la membrane musculeuse couverte d'un enduit purulent. Quelquefois, enfin, l'ulcération envahit cette tunique ; elle gagne en largeur et profondeur, attaque ensuite la membrane séreuse qui a fini par se perforer, ce qui heureusement est rare. Il arrive, mais peu souvent, que les ulcérations sont généralement répandues sur tous les points de la muqueuse des voies digestives.

FIN.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître si les pastilles d'ipécacuanha ont été préparées avec de l'émétine ?

L'émétine est le principe vomitif des diverses espèces d'ipécacuanha. Elle a été découverte par M. Pelletier dans la racine du *cephelis ipecacuanha*, où elle existe en proportions variables ; on la connaît sous deux états : l'émétine pure et l'émétine colorée ou du codex. L'action de la première, comparée à celle de la seconde, est comme 3 : 1, d'après Magendie. L'émétine colorée est celle qui se trouve le plus communément dans les officines ; elle est pulvérulente, blanche ou un peu jaunâtre, d'une odeur peu prononcée, inaltérable à l'air, d'une saveur amère et désagréable. On l'obtient en traitant par l'éther l'ipécacuanha pulvérisé, pour enlever la matière grasse; l'alcool l'épuise ensuite, et après avoir évaporé les teintures, on traite le résidu par l'eau froide, qui sépare les matières grasses. La magnésie s'empare ensuite de l'acide gallique, et il ne reste plus qu'à séparer l'émétine, après avoir lavé le précipité magnésien, en la faisant dissoudre dans de l'alcool. Elle

est moins soluble dans l'eau froide que dans celle qui est bouillante. Elle est très-soluble dans l'alcool, insoluble dans l'huile et dans l'éther qui la précipite même de ses dissolutions alcooliques, jouit des propriétés alcalines, et se dissout dans les acides avec lesquels elle forme des sels qui peuvent cristalliser. L'hydrochlorate de protoxide de fer ne la bleuit pas; le sous-carbonate de plomb, l'acide gallique, la précipitent abondamment.

D'après ce que nous venons de dire sur l'émétine et ses réactifs, les caractères que nous en avons donnés, on pourrait constater facilement si les pastilles d'ipécacuanha ont été préparées avec de l'émétine.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

—

Des muscles qui agissent pour élever le tronc quand les membres sont fixés sur une barre transversale.

Il ne sera pas inutile, ce nous semble, de dire quelques mots sur l'action des muscles et leurs forces, de parler un peu de la disposition de leurs attaches eu égard au développement de ces forces.

Aristote, Galien, Pline, Gassendi, croyaient que les muscles n'avaient été gratifiés par la nature que des forces nécessaires pour agir. Cette idée s'est perpétuée jusqu'à Alph. Borelli, qui, dans son traité *de motu animalium*, a réfuté cette théorie vicieuse, et lui en a substitué une autre déduite des principes de la mécanique et de leur application.

Il prouva que les muscles avaient plus de force qu'il n'en faut pour vaincre les résistances qu'on leur oppose, car ils sont arrangés de telle manière, que la force d'un muscle est en grande partie neutralisée par la disposition d'autres muscles, et par bien des circonstances. La charpente humaine représente des leviers dont le point d'appui est ordi-

nairement dans les articulations : or, il est prouvé, en mécanique, qu'une puissance agissant sur un levier a d'autant moins de force qu'elle est rapprochée du point d'appui. Dans le cas présent, les muscles se trouvent, pour la plupart, dans cette position : il arriverait, d'après les anciens et les lois de mécanique, que la force serait presque entièrement perdue. Mais il existe, d'après Borelli, une autre force très-considérable, inhérente au muscle, qui le rend capable de développer une force à un degré qu'il est impossible d'apprécier : la gymnástique l'augmente par l'exercice. Les muscles qui concourent à l'action d'élever le tronc sont nombreux. La main fixée à la barre de fer transversale, le centre de mouvement porte sur trois articulations : celle du poignet, de l'avant-bras et celle de l'épaule, sur les deux dernières surtout. Les muscles de l'avant-bras se contractent et font fléchir le bras sur le premier, en même temps qu'ils en fixent l'articulation. 2° Le bras étant fixé, comme nous venons de le dire, les muscles du tronc, de la clavicule et de l'omoplate prennent leur puissance sur l'humérus, se contractent et portent le tronc en haut. Il y a aussi quelques muscles qui, de l'omoplate, étant fixés, et s'attachant inférieurement aux côtes ou aux vertèbres, concourent à l'élévation du tronc.

Les muscles qui portent le bras sur l'avant-bras, sont le biceps et le brachial antérieur; ceux qui

portent la clavicule et l'omoplate sur le bras, et qui servent à fixer ce dernier os, sont : le coraco-brachial, sous-scapulaire, sous-épineux, petit rond, deltoïde. Le grand dorsal, grand rond postérieurement, et le grand et petit pectoral antérieurement, sont principalement ceux qui élèvent le tronc.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Faire connaître la cause de la mort chez les personnes soumises à la lithotritie ; dire quelles sont, parmi les causes, celles que le chirurgien peut combattre avec avantage ?

La lithotritie est connue depuis l'antiquité. Celse et Albucasis en parlent dans leurs ouvrages ; le dernier surtout s'exprime d'une manière plus claire sur l'écrasement par pression. Malgré toutes les citations que l'on trouve dans ces ouvrages, la gloire de cette opération appartient aux modernes : Leroy-d'Étioles, Amussat, Heurteloup, et un grand nombre d'autres, ont inventé plusieurs instruments pour pratiquer la lithotritie. Les uns usent la pierre de dehors en dedans par le moyen de limes, les autres de dedans en dehors avec un perforateur. Celui-ci creuse le calcul selon plusieurs diamètres, et brise ensuite la coque par des pressions exercées de la périphérie au centre ; tandis que celui-là fixe le calcul avec une anse métallique pour le perforer ensuite. Mais de tous les procédés mis en usage, celui d'Heurteloup et son instrument modifié par Charrière, sont

le plus en usage ; leur objet est de briser la pierre par percussion.

La lithotritie offre, il est vrai, des accidents très-graves, mais ils sont généralement moins sérieux et arrivent plus rarement que ceux causés par la cystotomie ; et si, parmi eux, il y en a de mortels, ils sont communs aux deux méthodes curatives. Parmi ces accidents, les uns forcent le praticien à suspendre l'opération, à la différer ou à l'abandonner entièrement. Les contre-indications sont la paralysie, l'hypertrophie de la vessie, le catarrhe vésical, l'hypertrophie de la prostate, les rétrécissements de l'urètre. L'âge, la constitution, l'état de santé de l'individu qui va être opéré, ont aussi de l'influence sur le succès de la lithotritie.

Quelques chirurgiens, faisant peu de cas de ces contre-indications, ont pratiqué l'opération chez les individus qui les présentaient : de là, les accidents plus fréquents qui ont jeté le discrédit sur cette opération. Ceux qui peuvent déterminer la mort sont souvent dus à l'inexpérience du praticien. On peut remédier à quelques-uns ou presque tous ; mais souvent aussi les secours sont infructueux : ce sont l'inflammation de la vessie, des uretères et des reins qui se propage aux organes génitaux internes et externes (saignées, bains, sangsues) ; extrême sensibilité ; affections nerveuses (opium) ; déchirures de l'urètre ; froissement, contusion de la vessie,

perforation de cet organe. Dans ces cas, il faudrait traiter les abcès urineux, la cystite et la péritonite qui sont les accidents les plus fâcheux, par les bains, saignées, sangsues, frictions mercurielles sur l'abdomen, ou le mercure doux à l'intérieur.

SCIENCES MÉDICALES.

—

Établir le diagnostic des éruptions pustuleuses du cuir chevelu.

Les éruptions pustuleuses du cuir chevelu présentent des signes diagnostiques généraux et d'autres qui sont particuliers à chaque espèce.

Les éruptions se manifestent par de petites pustules d'un blanc jaunâtre, disséminées çà et là sur le cuir chevelu. Ces pustules sont suivies d'une inflammation assez forte et de démangeaison. Elles s'ouvrent et laissent couler une certaine quantité de pus qui agglutine les cheveux et forme des croûtes plus ou moins grandes et inégales. Quelquefois au-dessous d'elles, les pustules s'agrandissent, exhalent une odeur nauséabonde ; la tête ne forme plus tard qu'une large croûte rugueuse ; elle se détache de la peau et reste unie aux cheveux, tandis que de la suppuration se forme au-dessous d'elles. Les poux pullulent au milieu des cheveux qui, selon la nature de la maladie, se détachent ou restent fixés : elle peut durer plusieurs mois, mais elle guérit quelquefois dans peu de temps. Tels sont les signes

diagnostiques généraux. Nous allons donner ceux qui sont particuliers à quelques maladies pustuleuses.

Teigne. — Pustules d'un blanc jaunâtre, disséminées irrégulièrement sur le cuir chevelu, traversées à leur centre par un cheveu ; les pustules fournissent une humeur qui s'agglutine aux cheveux et forme des croûtes brunâtres, inégales, irrégulières ; lorsqu'elles se dessèchent, elles sont friables, répandent une odeur qui infecte la chambre qu'habite l'individu : les cheveux ne tombent pas.

Le favus présente les signes suivants ; croûtes jaunes fauves, qui, lorsqu'elles sont desséchées, se réduisent en poussière semblable à du soufre pulvérisé. La croûte tombant laisse voir au-dessous d'elle un mamelon arrondi et conique ; l'odeur se rapproche de celle de l'urine de chat : les cheveux sont altérés et tombent ; les ganglions du cou et de l'occiput s'enflamment quelquefois.

Une autre maladie du cuir chevelu dont le diagnostic est assez facile, est la sycosis qui se développe sous forme de petits boutons rougeâtres enveloppant un cheveu ; quelques jours après, le sommet se remplit de pus, il ne se développe point de nouvelles pustules sous les petites croûtes. La sycosis peut disparaître pour revenir plus tard : la guérison a souvent lieu par desquammation.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, Exam.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH, Présid.	*Pathologie médicale.*
SERRE, Suppl.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Viguier.
Bertin.
Batigne, Examinateur.
Bertrand, Suppl.
Delmas fils.
Vailhé.
Broussonnet fils.
Touchy.

MM. Jaumes.
Poujol.
Trinquier.
Lescellière-Lafosse, Exam.
Franc.
Jalaguier.
Bories.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.